Washington State Department of Early Learning

Aplicación para ser exonerada de tener que tomar las 20 horas básicas

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre _____ Inicial Segundo Nombre _____ Apellido _____

Domicillio Postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal_____

Teléfono (___) _____ Correo Electrónico: _____

STARS ID _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/19__

Año que empezo a trabajar en cuidado infantil: _____

La información que he proporcionado es correcta y verdadera. Autorizo a DEL a que ingrese esta información al STARS. La información compartida con DEL se convierte en propiedad pública; alguna de la información en los expedients públicos está disponible al público si éste la solicita.

Firma: _____ Fecha: _____

II. APLICACIÓN PARA SER EXONERADA DE TENER QUE TOMAR LAS 20 HORAS BÁSICAS

Para que su aplicación sea considerada, marque una de las opciones indicades abajo y adjunte la documentación. *No es obligatorio solicitor ser exonerada de tomar las 20 horas. Esta es una de las maneras en que se puede cumplir con el requisite de las 20 horas. Si ya tomo la capacitación de 20 horas o planea tomarla, NO aplique. Si aplica, le enviaremos una respuesta dentro de 30 días calendario.* ***Si su nombre actual es diferente del nombre que aparece en la documentación sustentatoria, incluya alguna prueba que documente el cambio de nombre (por ejemplo, un certificado de matrimonio).***

Yo trabajo en un centro, un hogar o un programa para niños en edad escolar y he adjuntado documentación de mi:

- □ 12 créditos trimestrales de estudios específicamente en el campo de la educación temprana/desarrollo de niños
- □ Grado de asociado (o superior) en educación temprana/desarrollo de niños
- □ Credencial de asociada en desarrollo de niños (CDA) que no haya vencido
- □ Credencial Montessori de un programa de entrenamiento MACTE acreditado
- □ Certificado comprobando que termine los 13 módulos militares

Yo trabajo en un **hogar licenciado** como programa de cuidado de niños en el hogar y he adjuntado documentación de mi:

- □ Grado de asociado (o superior) en cuidado de niños en edad escolar, educación primaria, educación especial o educación para el esparcimiento

Yo trabajo en un **programa licenciado** como programa para niños en edad escolar y he adjuntado documentación de mi:

- □ Grado de asociado (o superior) en cuidado de niños en edad escolar, educación primaria, educación especial o educación para el esparcimiento
- □ 45 créditos trimestrales de studios de nivel superior específicamente en cuidado de niños en edad escolar, educación primaria, educación especial o educación para el esparcimiento
- □ [Solo para líderes de grupo] 12 créditos trimestrales de studios de nivel superior específicamente en cuidado de niños en edad escolar, educación primaria, educación especial o educación para el esparcimiento

III. DATOS DEL LUGAR DONDE TRABAJA

Nombre del lugar donde trabaja **como aparece en la licencia** _____

Número de licencia/control (no número de proveedora) _____
Usualmente está en la esquina superior izquierda de la licencia. Llame a su licenciadora si necesita ayuda.

Marque el puesto de trabajo que major describa lo que hace (** Deben tomar las clases de STARS)*:

O Directora de centro de cuidado infantil*
O Supervisora de centro de cuidado infantil*
O Maestra principal de centro*

O Director de programa para niños en edad escolar*
O Coordinador de programa para niños en edad escolar*
O Maestro principal de programa para ninos en edad escolar*
O Asistente de programa para niños en edad escolar

O Proveedora de hogar licenciado* (nombre que aparece en la licencia)
O Trabajador principal en hogar licenciado*
O Asistente en hogar licenciado

O Otro: _____

IV. CAPACITACIONES RELEVANTES (no es necesario adjuntar documentación por estas capacitaciones)

	Mes/año que tomó clase	Mes/año de vencimiento
Clase de Primeros Auxilios	____/____	____/____
Clase de Reanimación Cardiópulmonar	____/____	____/____
Permiso para el Manejo de Alimentos	____/____	
Clase sobre VIH/SIDA	____/____	

_____Número de horas (no créditos) por clases tomadas antes de 1999 que no sean de STARS
_____Créditos colegiales (no horas) antes de 1999 que no sean de STARS

www.del.wa.gov/stars
E-mail: stars@del.wa.gov *Fax: 360.413.3482*
Mail: DEL STARS/P.O. Box 40970/Olympia, WA 98504-0970

V. ESTUDIOS EN EDUCACIÓN (adjunte documentación)

Grado/Credencial *AA, BA, CDA, etc.*	Año Recibido	Escuela o Institución	Titulo/Especialidad	Vencimiento *si aplica*

VI. DECLARACION DE ENTENDIMIENTO

La información que he proporcionado es correcta y verdadera. Autorizo a DEL a que ingrese esta información al STARS. La información compartida con DEL se convierte en propiedad pública; alguna de la información en los expedients públicos está disponible al público si éste la solicita.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del lugar donde trabaja **como aparece en la licencia** _____

www.del.wa.gov/stars

E-mail: stars@del.wa.gov *Fax: 360.413.3482*

Mail: DEL STARS/P.O. Box 40970/Olympia, WA 98504-0970